



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Terapia Ocupacional

Curso académico 2018-2019

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Percepción de las personas con esquizofrenia
sobre la influencia del orden del entorno
físico del domicilio: un análisis desde Terapia
Ocupacional.**

Laura Cepa Combarros

Junio 2019

Directoras.

- **Dña. María del Carmen García Pinto.** Terapeuta ocupacional. Profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidade da Coruña.
- **Dra. Dña. María Jesús Movilla Fernández.** Profesora Titular Universidade da Coruña. Departamento de Ciencias da Saúde.

Resumen.

Título: Percepción de las personas con esquizofrenia sobre la influencia del orden del entorno físico del domicilio: un análisis desde Terapia Ocupacional (T.O).

Introducción: Desde múltiples disciplinas, entre las que se incluye la Terapia Ocupacional, se ha estudiado como influye los entornos físicos en la vida de las personas. Concretamente se demostrado que el orden de los objetos puede influir en las elecciones saludables, la creatividad o la productividad. Las personas con esquizofrenia realizan la mayoría de sus ocupaciones en sus domicilios. El área de ocupación que se identifica como más problemática es la del mantenimiento y establecimiento del hogar.

Objetivos: Conocer cómo es la percepción de las personas con esquizofrenia sobre la influencia que les produce el orden en su entorno domiciliario, con el fin de codiseñar, implementar y evaluar una intervención de T.O de mejora del orden físico de los domicilios de las personas con esquizofrenia.

Metodología: Se empleará la metodología cualitativa, utilizando el método de investigación-acción participativa (IAP), comprendiendo el fenómeno de estudio a través de la acción organizada. Para la recogida de datos se utilizará la entrevista semiestructurada, la observación, los grupos de discusión y el cuaderno de campo.

Palabras clave: Entorno físico, Orden, Atención Domiciliaria, Esquizofrenia, Terapia Ocupacional.

Tipo de trabajo: Proyecto de investigación.

Resumo.

Título: Percepción das persoas con esquizofrenia sobre a influencia da orde do ambiente físico do fogar: unha análise dende Terapia Ocupacional (T.O).

Introdución: Dende varias disciplinas, incluída a Terapia Ocupacional, se estudou como os ambientes físicos inflúen na vida das persoas. En concreto, demostrouse que a orde dos obxectos pode influír nas eleccións saudables, na creatividade ou na produtividade. As persoas con esquizofrenia realizan a maior parte das súas ocupacións nos seus fogares. A área de ocupación que se identifica como a máis problemática é o mantemento e establecemento do fogar.

Obxectivos: Coñecer como é a percepción das persoas con esquizofrenia sobre a influencia da orde no seu ámbito doméstico, co fin de deseñar, levar a cabo e avaliar unha intervención de T.O para mellorar a orde física dos fogares das persoas con esquizofrenia.

Metodoloxía: Utilizarase a metodoloxía cualitativa, utilizando o método de investigación-acción participativa, para comprender o fenómeno do estudo mediante a acción organizada. Para a recollida de datos, empregarase a entrevista semiestruturada, a observación, os grupos de discusión e o caderno de campo.

Palabras clave: Entorno físico, Orden, Atención Domiciliaria, Esquizofrenia, Terapia Ocupacional.

Tipo de traballo: Proxecto de Investigación.

Abstract.

Title: Perception of people with schizophrenia about the influence of the order of the physical environment at home: an analysis from Occupational Therapy (O.T).

Introduction: From multiple disciplines, including Occupational Therapy, it has studied how physical environments influence people's life. Specifically, it has been seen that objects order can influence healthy choices, creativity or productivity. People with schizophrenia make most of their occupations in their homes. The area of occupation that is identified as the most problematic is the home establishment and management.

Objectives: Knowing how the perception of people with schizophrenia about the influence of order is in their home's environment, to design, implement and evaluate a T.O intervention to improve the physical order of people's home with schizophrenia.

Methodology: The qualitative methodology will be used, using the participative action research, to understand the phenomenon of studying through organized action. For data collection, the semi-structured interview, observation, discussion groups and field notebook will be used.

Keywords: Physical environment, Order, Domiciliary Care, Schizophrenia, Occupational Therapy.

Kind of work: Research Project.

Índice.

Resumen.	3
Resumo.	4
Abstract.....	5
1. Antecedentes y estado actual del tema.....	8
1.1. Esquizofrenia y su impacto en la persona y en la sociedad.....	8
1.2. La Terapia Ocupacional y personas con esquizofrenia.	11
1.3. Influencia del entorno físico visión desde Terapia Ocupacional.	14
2. Bibliografía más relevante.	19
3. Hipótesis.....	25
4. Objetivos.	26
4.1. Objetivo general.....	26
4.2. Objetivos específicos.	26
5. Metodología.....	27
5.1. Abordaje metodológico.	27
5.2. Búsqueda bibliográfica.....	29
5.3. Ámbito de estudio.	30
5.4. Población.	30
5.5. Muestra.....	30
5.5.1. Criterios de exclusión e inclusión.	31
5.5.2. Perfil de los participantes.	31
5.6. Entrada al campo.....	32
5.7. Técnica de recogida de información.	33
5.8. Plan de análisis.....	35
5.9. Rigor metodológico.....	36
5.10. Aplicabilidad.	37

5.11. Limitaciones del estudio.	37
6. Plan de trabajo.	39
7. Aspectos éticos.	41
8. Plan de difusión de los resultados.	43
8.1. Revistas nacionales.	43
8.2. Revistas internacionales.	44
8.3. Congresos.	44
8.4. Comunidad.	44
9. Financiación de la investigación.	45
9.1. Recursos necesarios.	45
9.2. Posibles fuentes de financiación.	47
10. Agradecimientos.	48
11. Apéndices.	49

1. Antecedentes y estado actual del tema.

1.1. Esquizofrenia y su impacto en la persona y en la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud en 1948 como: “Estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades. Así mismo, define en 2014 la salud mental como: “...un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”¹. Por lo que, como se puede observar, por la definición que da la OMS, no existe salud sin la existencia de la salud mental.

En 2018 la OMS define la esquizofrenia como, un trastorno mental grave caracterizado por la distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta ².

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) define la esquizofrenia como un: “síndrome clínico heterogéneo”. Incluye que las personas con diagnóstico de esquizofrenia presentan al menos delirios, alucinaciones o un discurso desorganizado. Acompañando, a veces, de comportamiento desorganizado o catatónico y síntomas negativos. Además, existe déficit en una o en más áreas principales del funcionamiento. La disfunción se asocia con la abulia (disminución de la motivación para hacer actividades) y con los déficits cognitivos (asociados a la falta de actividad laboral y vocacional) ³.

Hay que destacar la falta de introspección que pueden presentar algunas personas con esquizofrenia, la cual puede ser la causante de la nula conciencia de enfermedad. Esta se puede presentar a lo largo de todo el curso de la patología y suele ser el factor principal del incumplimiento del tratamiento, de las recaídas, de los ingresos involuntarios y de las agresiones ³.

Con respecto a la funcionalidad de las personas con esquizofrenia, el DSM-V señala: alteración en el patrón del sueño, falta de interés por comer o rechazo de la comida y se resalta la disfunción laboral y social común entre las personas con esquizofrenia (la disfunción social muy marcada en los hombres los cuales no suelen tener contactos sociales fuera de su núcleo familiar). En cambio, en el estudio realizado por Ocaña y Caballo en 2015, se detectó que las personas con trastorno mental grave, el área de ocupación en la que presentan mayor dificultad y menor grado de autonomía es en la relacionada con el cuidado doméstico, seguido de las habilidades comunitarias y de las actividades y relaciones sociales. En el estudio nombrado, también se analizó la oportunidad que presentaban las personas con esquizofrenia para realizar sus ocupaciones y se detectó que, en el área anteriormente marcada, cuidado doméstico, es dónde menos oportunidades encuentran estas personas para participar, seguido del área de habilidades comunitarias⁴. Este hecho también se confirma en el discurso de los usuarios participantes en el estudio de Picallo en 2013, el cual refleja que: “La mayoría de los usuarios no realizan las tareas del hogar. Eran sus familiares los encargados de realizarlas, sobre todo sus madres”. Como indica la autora, esta sobreprotección familiar disminuye considerablemente la capacidad de aprendizaje de las personas con trastorno de salud mental grave y, por lo tanto, el desarrollo de su autonomía. Otros factores que también influye en el desarrollo de su autonomía son la anhedonia propia de la patología que hace que disminuya la motivación para realizar actividades y la pérdida de hábitos y rutinas ^{3,5}.

Las diferencias de sexo y género en el trastorno de la esquizofrenia son muy visibles, prueba de ello es el apartado que incluye el DSM V el cual se denomina: “Aspectos diagnósticos relacionados con el género”. En este se describe la variación en la expresión clínica entre hombres y mujeres. La prevalencia de la patología es ligeramente menor en las mujeres. La edad en la que la enfermedad se manifiesta en las mujeres es mayor que la edad de los hombres, existiendo, además un segundo pico en la menopausia. La edad de inicio de los hombres suele ser de los 15 a los 25 años, mientras

que en las mujeres suele debutar entre los 25 y los 35 años, hecho que podría relacionarse con un posible factor protector de los estrógenos ante la esquizofrenia. Por otro lado, las mujeres suelen presentar menos síntomas negativos, menos desorganización y mejor funcionamiento social^{3,6}.

A parte de lo que se expone en el DSM-V, se ha detectado que las mujeres requieren menos dosis de neurolépticos tanto en fase aguda como en mantenimiento y que tienen una mayor carga genética⁶.

El mejor funcionamiento social de las mujeres se relaciona a un mejor funcionamiento social premórbido y por lo tanto mayor facilidad de adaptación social tras el debut de la enfermedad. Con respecto al curso de la patología también se detectan diferencias, ya que las mujeres tienen menos recaídas, el número de ingresos es menor y generalmente de menor duración que el de los hombres. Además del posible factor protector de los estrógenos, se hace necesario destacar el rol social femenino y masculino, cómo posibles causantes de las diferencias nombradas anteriormente con respecto a la esquizofrenia en hombre y mujeres. A las mujeres se les asocia una mayor conciencia de enfermedad y con mayor sensación de malestar psíquico, lo que disminuye el número de ingresos involuntarios y hay un mejor seguimiento y cumplimiento terapéutico⁶.

También existen diferencias ocupacionales relacionadas con el género y la edad. Se ha detectado que las mujeres con esquizofrenia invierten más tiempo en actividades del cuidado del hogar y en actividades del cuidado personal. Con respecto a la edad, las personas con esquizofrenia más jóvenes invierten más tiempo en ocupaciones relacionadas con mantener y establecer vínculos sociales⁷.

La cifra mundial de personas con esquizofrenia que recoge la OMS es de más de 21 millones de personas. Con una prevalencia según el DMS-V de un 3%-7%. Se calcula que las personas con depresión o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte temprana de un 40% al 60% mayor que la población general, debido a problemas de salud física no atendidos y al suicidio. Se considera que el 30% de las personas con esquizofrenia han

realizado un intento de suicidio en su vida y un 10% mueren a causa de este. Esto reduce la esperanza de vida de estas personas en 10 años menos a la de la población en general. La esquizofrenia se encuentra en el tercer puesto de enfermedades que provocan más discapacidad ^{2,3,8,9}.

Esta situación genera pérdidas y cargas en los sistemas económicos, se estima que el impacto a nivel mundial de los trastornos de salud mental entre los años 2011 y 2030 será de 16,3 billones de dólares y en la Unión Europea estos trastornos generan unos costes del 3% al 4% del producto interior bruto (PIB). Se considera como primera causa de estos costes la pérdida de productividad ya que, las patologías psiquiátricas son una de las principales causas de jubilación anticipada y de las pensiones por discapacidad. En el sistema familiar también se hace presente la carga que presenta estas patologías, se estima que una de cada cuatro familias tiene un miembro afectado por una enfermedad mental ⁸⁻¹⁰.

La salud mental de los ciudadanos está condicionada por muchos factores como son: el social, el biológico, el familiar, el medioambiente, entre otros ⁸.

1.2. La Terapia Ocupacional y personas con esquizofrenia.

La Federación Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT) define la T.O en 2012 como:

“Una profesión de la salud centrada en la persona que busca promover la salud y el bienestar a través de la ocupación. El objetivo principal de la T.O es conseguir que las personas participen en las actividades de la vida y aumentar su capacidad para participar en ocupaciones que quieren, necesitan o se espera que hagan, mediante la modificación de la ocupación y/o del ambiente para mejorar su compromiso ocupacional” ¹¹.

Así mismo, la Asociación Profesional Española de T.O (APETO) define la T.O como:

“Una profesión socio-sanitaria que a través de la valoración de las capacidades y problemas físicos, psíquicos, sensoriales y sociales del

individuo pretende, con un adecuado tratamiento, capacitarle para alcanzar el mayor grado de independencia posible en su vida diaria, contribuyendo a la recuperación de su enfermedad y/o facilitando la adaptación a su discapacidad” ¹².

Entendida la ocupación cómo: “Unidades de actividad, personal y culturalmente significativas, en las que los seres humanos se implican, nombradas en el léxico de la cultura” ¹³.

Según la Declaración de Posicionamiento sobre la salud global de la WFOT, la T.O es una profesión que puede contribuir a la salud global posibilitando vidas más comprometidas y significativas. Esta incluye aspectos como la salud mental de las personas ¹⁴.

La Declaración de Posicionamiento sobre los Derechos Humanos (DD. HH) de la WFOT, plantea el papel de los Terapeutas Ocupacionales con respecto al cumplimiento de los principios que se expone en la declaración universal de los DD. HH. Así mismo, se recoge este principio: “las personas tienen derecho a recibir apoyo para participar en la ocupación, y a través de esa participación, ser incluidos y valorados como miembros de su familia, comunidad y sociedad”. Como se ha comentado anteriormente las personas con esquizofrenia presentan dificultades para participar en sus ocupaciones, por lo que tienen el derecho a recibir apoyo para participar en ellas. Y tal y como se expresa en el documento anteriormente nombrado de la WFOT, los T.O tienen los conocimientos, las habilidades y la responsabilidad para apoyar a las personas que presenten limitaciones en la participación de sus ocupaciones ¹⁵.

Como se indica en el Marco de Trabajo de la Asociación Americana de T.O (AOTA): “el compromiso del cliente en las ocupaciones se desarrolla dentro de un entorno social y físico, y refleja su interdependencia con estos entornos [...] El contexto dentro del cual sucede el compromiso con la ocupación es único para cada cliente” ¹⁶. En el caso de las personas con trastornos de salud mental, el domicilio es el entorno dónde más tiempo suelen pasar y por lo tanto dónde se llevan a cabo la mayoría de sus ocupaciones. Debido a que las ocupaciones que se realizan fuera del hogar

suponen interacciones sociales, las cuales muchas personas con esquizofrenia tienden a evitar. El contexto domiciliario constituye un lugar seguro libre de estigma o actitudes que no les favorece. Además, también se puede considerar como el espacio idóneo para recuperar la participación en las ocupaciones del día a día y para mejorar la relación con su entorno social. Por estas razones, se considera relevante comprender el contexto domiciliario y la forma en que las personas con esquizofrenia se desarrollan en él. Ya que se ha demostrado que la vivienda con apoyo puede ayudar al proceso de recuperación de las personas con enfermedad mental. Desde esta perspectiva, se le debe conceder a la evaluación en el hogar un lugar significativo en la práctica de la T.O en salud mental ^{7,17-19}.

La importancia de la consideración del ambiente domiciliario en la intervención en salud mental también se plasma en el plan de acción sobre la salud mental 2013-2020 de la OMS. En el que se propone 6 principios y enfoques en los que se basa para la mejora de la atención a las personas con trastornos de salud mental. Esos 6 principios se denominan: “cobertura sanitaria universal, derechos humanos, práctica basada en la evidencia, enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital, enfoque multisectorial y emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales”. Por la relevancia con el presente trabajo hay que destacar el enfoque quinto “enfoque multisectorial” en el que se indica la importancia de la alianza con múltiples sectores públicos, entre los que se incluye la vivienda. Este da respuesta al objetivo 2 del plan de acción en el que se indica que una de las metas del plan es: “Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta” ¹⁰.

En el Estatuto de Personal Sanitario No Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, se recoge como función del profesional de T.O el desplazamiento a los domicilios de las personas para realizar sus intervenciones ²⁰.

Para las personas con esquizofrenia resulta significativo la atención domiciliaria, tal y cómo expresaron dos participantes del estudio de

Nordström en sus diálogos, debido a que identifica la realización de ocupaciones en su hogar cómo dificultosa pero beneficiosa. Al mismo tiempo ofrecen a la vivienda el significado de lugar que proporciona paz y tranquilidad, es el lugar en dónde se suelen reunir con sus familiares y dónde celebran acontecimientos especiales ²¹.

1.3. Influencia del entorno físico visión desde Terapia Ocupacional.

Como se comentó en el anterior apartado, desde la T.O son numerosos los autores que recogen la importancia de la influencia de los entornos físicos en la persona y en sus ocupaciones. Empezando por el Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional, en él se entiende el entorno físico como: "...ambiente natural y construido, no humano, y a los objetos dentro de éste". Se consideran como entorno físico natural al terreno geográfico, características sensoriales del entorno, plantas y animales. Cómo entorno físico construido y sus objetos se consideran los edificios, los muebles, herramientas o dispositivos ¹⁶.

Para la T.O estos poseen gran importancia debido a que como se plasma en el Marco de Trabajo para la Práctica de la T.O: "Los contextos y entornos afectan a la accesibilidad del cliente a la ocupación e influyen en la calidad y satisfacción del desempeño. Un cliente que tenga dificultad en el desempeño efectivo en un entorno o contexto puede tener éxito cuando se modifique el entorno o contexto". Reconociéndose así la labor de actuación del profesional de T.O en los entornos de los usuarios ¹⁶.

El Modelo de Ocupación Humana, también recoge la influencia del ambiente en la ocupación, en este se indica que el ambiente tiene efecto sobre la motivación por la ocupación, la formación de patrones y el desempeño. Se utiliza el término "ambiente", para referirse a lo que anteriormente en el texto se trata como "entorno". El término ambiente dentro del modelo mencionado es visto cómo un dador de oportunidades, recursos, demandas y limitaciones ²².

Desde este modelo se acuñan dos conceptos con relevancia para el tema a tratar, estos son: “impacto ambiental” y los “lugares ocupacionales”. Entendiendo como impacto ambiental, el modo en que afecta el ambiente a las personas ya que se diferencia dependiendo de los valores, los intereses, la causalidad personal, los roles, entre otros factores. El término “lugares ocupacionales” hace referencia a los lugares donde las personas realizan sus ocupaciones, estos están formados por espacios, objetos, formas ocupacionales y grupos sociales, que establecen una unidad y crean un contexto importante para el desempeño ²².

En el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional, se refleja la imposibilidad de considerar como sistemas aislados a la persona, su desempeño ocupacional y el medio, tal y como se representa en la Figura 1 ²³. Dentro de los valores sobre la ocupación del modelo mencionado se incluye que la ocupación transforma el ambiente y las personas se transforman en la relación con él. Ya que se indica que: “Cualquier cambio en cualquier parte de la interacción entre sujeto, entorno y ocupación afecta a las otras partes y, en consecuencia, al desempeño”.

Dicho modelo también utiliza el término “ambiente”, y lo define de la siguiente forma: situaciones y contextos que existen diferenciados de los sujetos y provocan una respuesta en la persona. Dentro del ambiente se considera la dimensión física como, “entorno material natural y construido por el hombre” ²²

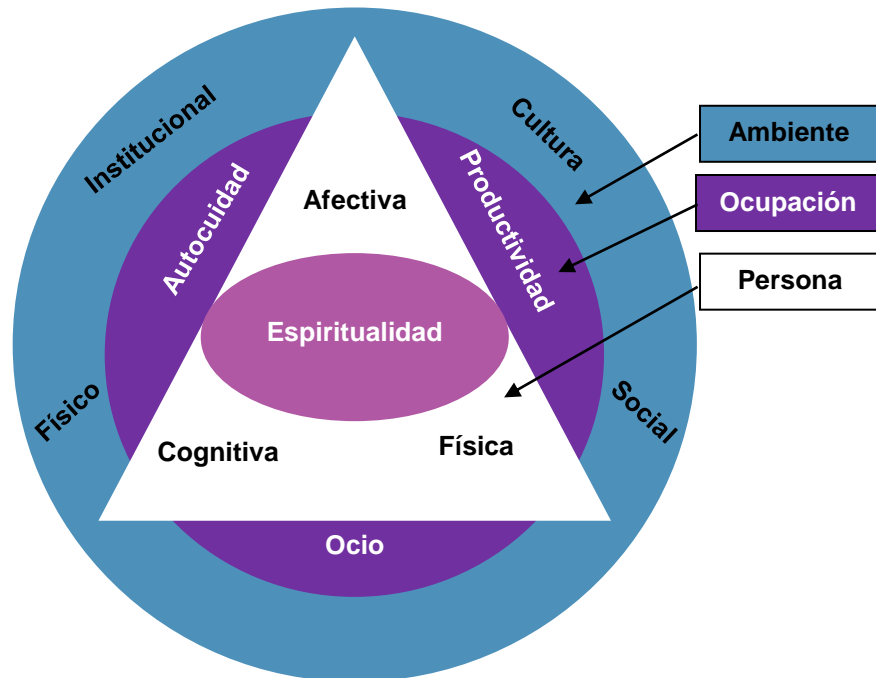


FIGURA 1: Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional. Datos obtenidos de: Citado en Fundamentos conceptuales de la T.O. Kielhofner 2006. Pag97

Otro ejemplo de la influencia del entorno en las personas con esquizofrenia es la relación que se establece entre vivir en la ciudad y el aumento de la incidencia y que influye negativamente en el curso de la patología ^{24,25}.

No solo se hace referencia a la influencia del ambiente físico en las personas desde la T.O, sino que este fenómeno se ha hecho presente en más ámbitos. Prueba de ello son los artículos realizados por Vohs, Redden y Rahinel en 2013 y por Boyoun Chae y Zhu en 2015, en dónde se habla de diferentes estudios que demuestran la influencia del orden y el desorden físico en diferentes factores personales.

El orden y el desorden físico son fenómenos existentes en nuestro entorno físico, son tan antiguos como los objetos que lo crean ²⁶.

En el artículo de Kathleen D. Vohs et al, realizado en la Universidad de Minnesota, se refleja 3 experimentos que prueban diferentes aspectos sobre los que se hipotetizó que dependiendo de si un entorno está ordenado o no el resultado es diferente. En el primero, se demostró que las personas que se encontraban en un entorno ordenado tenían mayor preferencia por productos saludables, al contrario de las personas que se encontraban en entornos desordenados. En el segundo experimento analizaron la creatividad y en este caso, las personas que se encontraban en el entorno desordenado obtuvieron mejores resultados. En el último experimento se demostró que las personas que se encontraban en el ambiente ordenado tenían preferencia por los productos clásicos al contrario que las personas que se encontraban en ambientes desordenados que preferían productos novedosos ²⁶.

Llegando así a la conclusión de que las personas que se encuentran en ambientes desordenados tienen preferencias en explorar diferentes y novedosas vías ya que estimulan la creatividad. Sin embargo, las personas en ambientes ordenados activan una mentalidad que les facilita seguir normas sociales y hábitos saludables ²⁶.

En otro estudio realizado por Boyoun Chae y Rui Zhu en 2015, añaden a esos experimentos anteriores, el estudio de los factores eficiencia, frustración, cansancio e insistencia. Indicando que las personas que realizan sus actividades en escritorios desordenados son menos eficientes, menos persistentes y se cansan y se frustran antes. La explicación de este fenómeno se da en que, como indican en el estudio, el desorden, desestabiliza el sentido de control de las personas y esa desestabilización causa el agotamiento de los recursos mentales, lo que provoca falta de autorregulación. Además, las autoras indican que, el desorden producido por uno mismo afecta de forma más significativa que si el desorden es provocado por terceros. Debido a que ese desorden es signo de que no se puede controlar el entorno que rodea a las personas ²⁷.

Tal y como se ha desarrollado en este apartado, el entorno influye en las personas y en su desempeño. Por este motivo, desde T.O es importante

centrar la intervención en los entornos de las personas. Se ha reflejado que el entorno en el que más tiempo pasan las personas con esquizofrenia es su domicilio y a la vez el área de ocupación en la que tienen menos autonomía es el cuidado y mantenimiento del hogar. También se han destacado varios estudios en dónde se refleja cómo es la influencia de los entornos ordenados o desordenados en ciertos aspectos personales: productividad, creatividad, entre otros. Teniendo en cuenta estos argumentos se ha desarrollado la hipótesis del presente proyecto de investigación.

2. Bibliografía más relevante.

1. OMS. Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. Geneve:Switzerland; 2013 [citado 2018 Nov 3]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
2. OMS. Esquizofrenia [Internet]. Geneve: Switzerland; 2018. [citado 2019 Feb 16]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
3. Asociación Americana de Psiquiatría. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V. 5º. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 87–123.
4. Ocaña L, Caballo C. Actividades de la vida diaria en personas con enfermedad mental grave y prolongada. TOG [Internet]. 2015;12(21):11. Disponible en: <http://www.revistatog.com/>
5. Percepción del desempeño ocupacional en el área de actividades de la vida diaria de usuarios de pisos protegidos con trastorno mental grave: la intervención del terapeuta ocupacional [trabajo fin de grado en Internet]. A Coruña: Universidade da Coruña; 2013.
6. Molina JD, González S, Blasco H, Rosa CA. Esquizofrenia : una revisión de las diferencias de género desde la perspectiva hormonal. Norte salud Ment [Internet]. 2008;30(7):39–47. Disponible en: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vii/revista-30/039-esquizofrenia-una-revision-de-las-diferencias-de-genero-desde-la-perspectiva-hormonal-esquizofren.pdf>
7. Bejerholm U. Relationships between occupational engagement and status of and satisfaction with sociodemographic factors in a group of people with schizophrenia. Scand J Occup Ther [Internet]. 2010;17(3):44–54. Disponible en: www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/11038120903254
8. COM. Libro Verde. Mejorar la salud mental en la población. Hacia

- una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. [Internet]. Bruselas; 2005. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52001DC0366&from=ES>
9. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2001 [Internet]. Geneve:Switzerland; 2001. Disponible en: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1
 10. OMS. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Geneve:Switzerland; 2013 [Internet]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=A5E7A738F3BE645BA15FCA2E4DF551B6?sequence=1
 11. WFOT. About Occupational Therapy [Internet]. 2012 [citado 2019 Feb 17]. Disponible en: <https://staging.wfot.org/about-occupational-therapy>
 12. APETO. ¿Qué es la Terapia Ocupacional? [Internet]. 2017 [citado 2018 Nov 3]. Disponible en: <https://www.apeto.com/que-es-la-to-definicion.html>
 13. Moruno P, Talavera M. Terapia Ocupacional en Salud Mental. Barcelona: Masson; 2012. 34 p.
 14. WFOT. Salud Global: Informando la práctica de Terapia Ocupacional [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.wfot.org/checkout/1906/1751>
 15. WFOT. Los derechos humanos [Internet]. 2006. Disponible en: <https://www.wfot.org/resources>
 16. AOTA. Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional. [Internet]. Madrid; 2010. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
 17. Morales E, Mallén RA, Moreno E. La vivienda como proceso. Estrategias de flexibilidad. Hábitat y Soc [Internet]. 2012;(4):33–54. Disponible en:

https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/22157/file_1.pdf?sequence=1

18. Eklund M, Argentzell E, Bejerholm U, Tjörnstrand C, Brunt D. Wellbeing, activity and housing satisfaction - comparing residents with psychiatric disabilities in supported housing and ordinary housing with support. BMC Psychiatry [Internet]. 2017;17(315):1–12. Disponible en:
<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1472-2>
19. Lindström M, Sjöström S, Lindberg M. Stories of rediscovering agency: home-based occupational therapy for people with severe psychiatric disability. Qual Health Res [Internet]. 2013 Jun 20 [citado 2019 Feb 22];23(6):728–40. Disponible en:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732313482047>
20. Orden 26 Abril 1973. Orden del ministerio de trabajo. Estatuto de personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la seguridad social.
21. Nordström M, Dunér A, Olin E, Wijk H. Places, social relations and activities in the everyday lives of older adults with psychiatric disabilities: An interview study. Int Psychogeriatrics [Internet]. 2009;21(2):401–12. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19173760>
22. Kielhofner G. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3ª. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2006. 304 p.
23. Simó S, Urbanowski R. El modelo canadiense del desempeño ocupacional I. TOG [Internet]. 2006;(3):1–27. Disponible en:
<http://www.revistatog.com/>
24. Roca M. Manual recuperación funcional en la esquizofrenia. Palma de Mallorca: Entheos; 2014. 83-95 p.
25. Sánchez Ó, Polonio B, Pellegrini M. Factores sociales que influyen

- en la salud mental. En: *Terapia Ocupacional en Salud Mental*. 1ª. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2012. p. 33–41.
26. Vohs D, Redden P, Rahinel R. Physical Order Produces Healthy Choices, Generosity, and Conventionality, Whereas Disorder Produces Creativity. *Psychol Sci* [Internet]. 2013;24(9):1860–1867. Disponible en: [http://differentialclub.wdfiles.com/local--files/meetings/Vohs 2013 Order produces Healthy generous conventional choices Psychological Science.pdf](http://differentialclub.wdfiles.com/local--files/meetings/Vohs%2013%20Order%20produces%20Healthy%20generous%20conventional%20choices%20Psychological%20Science.pdf)
27. Boyoun C, Rui Z. Why a Messy Workspace Undermines Your Persistence. *Harv Bus Rev* [Internet]. 2015; Disponible en: <https://hbr.org/2015/01/why-a-messy-workspace-undermines-your-persistence>
28. Alvarado L, García M. Características más relevantes del paradigma socio-crítico. *Sapiens Rev Univ Investig* [Internet]. 2008;9(2):187–202. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3070760.pdf>
29. Melero N. El paradigma crítico y los aportes de la investigación de la realidad social: un análisis desde las ciencias sociales. *Cuest Pedagógicas* [Internet]. 2011;21:339–55. Disponible en: http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/21/art_14.pdf
30. Sherman R, Webb R. *Qualitative Reserch in Education: Focus and methods*. Sherman R, Webb R, editors. Philadelphia: The Falmer Press; 1988. 2-21 p.
31. Sandín MP. Investigación cualitativa en educación: fundamentos y tradiciones. Cejudo J., editor. Madrid: MC Graw Hill Education; 2003. 124-162 p.
32. Bartolomé M. Investigación cualitativa en educación: ¿comprender o transformar? *Rev Investig Educ* [Internet]. 1992;9(17):7–36. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=764537>
33. Park P. ¿Qué es la investigación-acción participativa? In: Salazar

- MC (coord. ., editor. La investigación-acción participativa:inicios y desarrollos. Madrid: Editorial Popular; 1992. p. 135–74.
34. FEOTO. Código Deontológico de Terapia Ocupacional [Internet]. 2015. Disponible en:
<https://xuntosblogto.files.wordpress.com/2015/03/cedto-para-revisic3b3n-de-las-organizaciones-de-to-de-espac3b1a.pdf>
35. López I. Metodología de investigación-acción trayectoria histórica y encuadres epistemológicos y metodológicos de la investigación-acción. Sevilla; 1998. 96 p.
36. Leufstadius C, Eklund M. Time use among individuals with persistent mental illness: Identifying risk factors for imbalance in daily activities. Scand J Occup Ther [Internet]. 2014;21(1):53–63. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17852964>
37. Valero E. Procesos de valoración en terapia ocupacional. In: Intervención desde la infancia a la vejez. Madrid: Monsa Pray; 2010. p. 45–69.
38. García E, Gil J, Rodríguez G. Análisis de datos cualitativos en la investigación sobre la diferenciación educativa. Rev Investig Educ [Internet]. 1994;23:179–213. Disponible en:
[https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/77867/ANÁLISIS DE DATOS CUALITATIVOS EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA DIFERENCIACIÓN EDUCATIVA.pdf?sequence=1](https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/77867/ANÁLISIS%20DE%20DATOS%20CUALITATIVOS%20EN%20LA%20INVESTIGACIÓN%20SOBRE%20LA%20DIFERENCIACIÓN%20EDUCATIVA.pdf?sequence=1)
39. Rodríguez C, Lorenzo O, Herrera L. Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. Rev Int ciencias Soc y humanidades [Internet]. 2005;15(2):133–54. Disponible en:
https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40348429/SOCIOTAM.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1559313116&Signature=FWyj9tu6pCP5LAOaLXgWrHhwn6l%3D&response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DNociones_y_destrezas_basicas_sobre_el_an.pdf

40. Lincoln SY, Guba GE. Establishing Trustworthiness. In: Naturalistic Inquiry. SAGE. California ; 1985. p. 289–332.
41. Asociación Médica Mundial. Declaracion de Helsinki, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. AMM. Helsinki; 1964. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>
42. Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos de Caracter Personal y garantía de los derechos digitales. BOE [internet]. 2018 Dic 6 [citado 2019 Feb 17]; (70): 119788-119857. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>.
43. UDC. Comité de Ética de la investigación y la docencia de la UDC [Internet]. [citado 2019 Mar 31]. Disponible en: <https://www.udc.es/es/investigacion/etica/>
44. WFOT. Code of ethics. Ethical core of Occupational Therapy. [Internet]. 2016 [citado 2019 Mar 31]. Disponible en: <https://www.wfot.org/resources>

3. Hipótesis.

El entorno físico de las personas con esquizofrenia resulta ser un factor determinante en su recuperación. Los entornos desordenados u ordenados pueden beneficiar o por lo contrario emporar ese proceso de recuperación.

El entorno en el que principalmente desarrollan sus ocupaciones, las personas con esquizofrenia, es el entorno domiciliario. Por otra parte, el área de ocupación en la que suele tener más dificultades es la de mantenimiento y establecimiento del hogar.

Por lo que surge cómo pregunta de investigación: ¿Cómo es la percepción de las personas con esquizofrenia sobre el orden de su entorno domiciliario? Y si ¿Consideran que mantener y establecer un orden en el entorno físico influye en su desempeño ocupacional?

4. Objetivos.

4.1. Objetivo general.

- Conocer cómo es la percepción de las personas con esquizofrenia sobre la influencia que les produce el orden en su entorno domiciliario, con el fin de codiseñar, implementar y evaluar una intervención de T.O de mejora del orden físico de los domicilios de las personas con esquizofrenia.

4.2. Objetivos específicos.

- Conocer como perciben que el orden en sus domicilios interfiere en las ocupaciones.
- Identificar si existe diferencias dependiendo del género o el rango de edad en la percepción de la influencia del orden de los entornos.
- Planificar una intervención, codiseñada junto con los participantes, desde T.O con el fin de mejorar la situación de orden de los domicilios.
- Implementar y evaluar la intervención desde T.O.

5. Metodología.

5.1. Abordaje metodológico.

El proyecto de investigación se desarrollará desde el paradigma sociocrítico. Ya que este pretende conseguir la autonomía del ser humano mediante la capacitación de las personas en la participación y transformación social ²⁸. De forma que, con el proyecto no solo se pretende indagar, obtener datos y comprender la realidad, sino que se pretende provocar cambios en el contexto de las personas ²⁹.

Popkewitz ²⁹ define 4 principios sobre este paradigma:

- Conocer y comprender la realidad cómo praxis.
- Unir la teoría y la práctica, fusionando conocimiento, acción y valores.
- Orientación hacia la emancipación y liberación del ser humano.
- Integración de los participantes, incluyendo al investigador, en procesos de autorreflexión y de toma de decisiones.

Para la realización del proyecto se utilizará una metodología cualitativa. Debido a que, como indican Sherman and Webb 1988 ³⁰ “la investigación cualitativa implica una preocupación directa por la experiencia tal y como es vivida, sentida o experimentada”. Además, la metodología cualitativa no entiende el fenómeno o el objeto de estudio separado del contexto en el que ocurre, abordándose de manera global la experiencia de las personas ³¹. Esto permite describir la complejidad y subjetividad de los entornos físicos de las viviendas de la población del estudio, además de la percepción de los participantes sobre influencia de estos en su desempeño ocupacional.

Dentro de la metodología cualitativa se ha seleccionado el método de investigación-acción participativa (IAP). Dado que como indica Bartolomé 1992 ³²: “la mejor forma de conocer la realidad es intentar transformarla”.

Este método parte de problemas en la práctica, en el estudio, el desorden de las viviendas de los participantes y la influencia en sus ocupaciones. Además, implica la colaboración de las personas en todas las partes del proceso de investigación. Ya que cómo indica Park ³³ el objetivo del IAP es: “apoyar al oprimido para que sea autónomo, confíe en sí mismo, crea en su propia capacidad y llegue a la autodeterminación, como en apoyarlo para que llegue a ser auto-suficiente”.

Estas características son acordes con el paradigma contemporáneo, paradigma que guía la práctica de la T.O, ya que cómo se explica en el libro: “Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional” ²² la práctica de la T.O está centrada en la persona y esta tiene derecho a elegir opciones y a tomar decisiones en su proceso. Además de que cumple con el primer principio ético que se recoge en el código ético y deontológico de la T.O ³⁴ el cual trata de : “1. Autonomía y autodeterminación”. En el que se recoge: “el derecho a tomar decisiones y ejecutar acciones que afecten a su propia vida, sin coacción ni impedimentos...”

Por otro lado, el proceso del método seleccionado, al que se hace referencia como “espiral de cambio” ³¹ o como “espiral autoreflexiva” (acción-reflexión-acción) ³⁵, consta de las siguientes partes ³¹:

- Fase 1: Identificación de una preocupación temática y planteamiento. En esta parte se identifica la problemática a trabajar, esta debe ser una necesidad sentida y percibida por el grupo, relevante para los participantes.
- Fase 2: Elaboración de un plan de actuación. En esta parte se pretende establecer una acción organizada para el cambio de la problemática establecida en la anterior parte. En esta se pretende que todos los participantes del estudio, las profesionales del recurso dónde se va a llevar cabo el proyecto de investigación y la investigadora principal, se reúnan con la problemática ya definida y acuerden cómo se va a llevar a cabo esa “acción organizada”.

- Fase 3: Desarrollo del plan y recogida de datos sobre su puesta en práctica. En esta se pone en práctica la acción programada en la fase anterior.
- Fase 4: Reflexión, interpretación de resultados y replanificación. Como se comentó anteriormente con el método IAP se pretende comprender la realidad mediante la transformación de esta, por lo que para ello se hace necesario no solo la recopilación de datos sino la posterior reflexión de estos, y del plan de acción llevado a cabo. Hay que destacar la importancia de la elaboración de un informe que ayude a sistematizar el proceso y a comunicar y difundir el mismo a otros profesionales. Además, mediante la reflexión, se puede volver a abrir un nuevo ciclo de IAP debido a la identificación de una nueva problemática o de factores en los que son necesarios trabajar, entrando así en la fase de replanificación.

Como se puede observar este proceso se asemeja bastante al proceso de T.O que se describe en el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional ¹⁶, este indica que: “el proceso incluye evaluación, intervención y seguimiento de resultados”. Y en el seguimiento de resultados se incluye la modificación de los objetivos.

5.2. Búsqueda bibliográfica.

Con el fin de enriquecer el elemento de formación que se incluye dentro de los 3 elementos esenciales del método IAP, investigación, acción y formación ³¹. Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Scopus y Web of Science.

Pubmed es una base de datos de libre acceso y especializada en ciencias de la salud, Scopus y Web of Science son bases de datos multidisciplinarias.

La estrategia completa de la búsqueda bibliográfica se encuentra disponible en el Apéndice I.

En el proceso de la búsqueda y con el fin de eliminar los posibles duplicados, para manejar la bibliografía y las referencias de los artículos, se utilizó un gestor bibliográfico (Mendeley).

El total de resultados obtenidos fue de 17 documentos.

5.3. Ámbito de estudio.

El ámbito de estudio del presente proyecto pertenece a la Comunidad Autónoma de Galicia. Concretamente se ha seleccionado un recurso el cual es un centro de rehabilitación psicosocial. Este tiene como finalidad la integración social de las personas con enfermedad mental grave, entre la que se encuentra la esquizofrenia, además de asesorar a sus familias. Dicho recurso cuenta con una profesional de T.O, que podría ejercer el rol de portera y una Trabajadora Social que realizan Atención Domiciliaria (A.D) dentro del programa de Atención Integral. Además, el recurso tiene contacto directo con los pisos protegidos.

5.4. Población.

La población se seleccionará a través del recurso comentado en el apartado anterior, por lo que los participantes serán usuarios, con esquizofrenia, de los servicios que ofrece el recurso.

5.5. Muestra.

La muestra estará formada por todas las personas que se ofrezcan voluntariamente a participar en el proyecto de investigación, que cumplan los criterios de inclusión y exclusión descrito en la Tabla I.

Teniendo en cuenta dichos criterios, las plazas del recurso y el porcentaje de personas que tienen esquizofrenia en el centro, 76.4% (dato obtenido mediante el contacto establecido con la T.O), se ha realizado una aproximación al tamaño muestral de 45 personas.

5.5.1. Criterios de exclusión e inclusión.

Tabla I: Criterios de exclusión e inclusión. Tabla de elaboración propia.

Criterios de inclusión:	Criterios de exclusión:
Presentar un diagnóstico de esquizofrenia.	Contemplar el alta del servicio en un período próximo.
Ser usuario de los servicios seleccionados.	No firmar el documento de consentimiento informado (Apéndice II).
Ser mayor de 18 años y menor de 65 años.	

Se ha incluido el criterio de exclusión, “contemplar el alta del servicio en un período próximo”, debido a que supondría no poder cumplir por completo el proceso del estudio.

Al igual que se ha incluido el criterio de exclusión para aquellas personas, o sus tutores legales, que no hayan firmado el consentimiento informado. Debido a que por criterios legales y éticos (contemplados en el apartado 7) no sería adecuado la participación en el estudio de investigación.

5.5.2. Perfil de los participantes.

Con el fin de obtener diferentes perspectivas y puntos de vista, se han establecido los perfiles de los participantes. Para ello se ha seleccionado algunas características que se consideran que pueden influir en su perspectiva y en su discurso, cómo puede ser el género, la edad, el tipo de vivienda en la que vivan y si han recibido o no atención domiciliaria. Estas se representan de forma más detallada en la Tabla II.

Tabla II: Perfiles de los participantes. Tabla de elaboración propia.

	Edad			Tipo de vivienda				Experiencia previa A.D	
	18-33	34-42	43-65	Piso protegido	Vivienda individual	Piso compartido	Vivienda familia	Si	No
Mujer	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Hombre	1	1	1						

Cómo se observa en la Tabla II, se contará al menos con un participante de género masculino y con otro de género femenino, que se encuentre en el rango de edad de 18-33, en el de 34-42 y de 43-65. Dichos rangos se han diseñado teniendo en cuenta el estudio de Leufstadius y Eklund en 2014 ³⁶, en el que se demuestra la existencia de diferencias ocupacionales según los nombrados rangos. Aunque el primer y el último se ha aumentado para que cubra toda la franja de edad que presentan las personas usuarias del recurso seleccionado.

También se va a considerar, la colaboración de un participante que viva en una vivienda individualmente, en una vivienda compartida, en una vivienda familiar o en un piso protegido. Siguiendo la línea de investigación que se realizó en el artículo de Eklund en 2017 ¹⁸.

Para finalizar los perfiles de los participantes, se considera relevante incluir a una persona que haya tenido o esté teniendo experiencia en A.D y un participante que no, ya que esta situación podría influir en su discurso.

5.6. Entrada al campo.

La entrada al campo se llevará a cabo a través de la T.O del centro, que ejercerá el rol de portera. Para ello, en primer lugar, se contactará con la dirección, con el fin de ofrecer toda la información necesaria sobre el proyecto de investigación. Además, será necesario la autorización de la

entrada al campo y la firma de la hoja de autorización del centro (Apéndice III).

En segundo lugar, se realizará una toma de contacto con los posibles colaboradores del proyecto, en principio se cuenta con la trabajadora social y la terapeuta ocupacional del centro, ya que son las profesionales que se encargan de realizar la A.D de los usuarios. Para ello se realizará una reunión informativa y se les entregará una copia del documento de información y compromiso de confidencialidad (Apéndice IV).

En tercer lugar, se hará el contacto con los usuarios. Para ello se realizará un taller, explicado en el Apéndice V de unas 4 sesiones. Una vez llevado a cabo el taller, se les entregará a los participantes la hoja informativa (Apéndice IV) y se les explicará brevemente en que va a consistir la investigación. A continuación, se les entregará la hoja de consentimiento informado (Apéndice II) a aquellas personas interesadas en participar en el estudio y se les citará para llevar a cabo la fase 1 de la IAP.

Dado que la investigación se llevará a cabo en la Comunidad Autónoma de Galicia, se utilizará los dos idiomas oficiales en todos los documentos aportados.

5.7. Técnica de recogida de información.

Con respecto a las técnicas de recogida de información, se han diseñado según el desarrollo de las diversas fases de la IAP, todas las propuestas planteadas podrán sufrir modificaciones:

- 1ª fase IAP, “identificación de una preocupación temática y planteamiento”. Para la recogida de datos se esta fase se va a la entrevista (Apéndice VI). La entrevista será semiestructurada, proporcionando así al entrevistador un guion escrito en dónde se especifican los temas de los que se deben abordar en la entrevista y algunas preguntas ya formuladas como ejemplos para el entrevistador. Se ha seleccionado dicha entrevista debido a que la

cuestión de interés ya ha sido identificada pero se quiere conocer cómo sucede en la práctica y cómo se percibe ³⁷. Esta se realizará en un lugar sin interrupciones y se le propondrá a la persona que decida en dónde quiere realizarla. Todas las conversaciones se grabarán, con previa autorización por escrito, para facilitar la transcripción y posterior análisis de esta.

- 2ª fase IAP, “elaboración de un plan de actuación”. En esta se plantea la creación de un grupo de discusión (Apéndice VII) o de varios dependiendo del número de sujetos, en el que estarán implicados todos los participantes y el equipo de investigación. El rol de moderador se le asignará a la T.O del centro y a la trabajadora social. Debido a que son personas con las que los participantes tienen más relación y esto puede ayudar a fomentar el dialogo. A la IP se le asignará el rol de relator-observador, para que observe y analice el discurso de los participantes. Aunque todo el discurso del grupo se pretende grabar en audio para después realizar la transcripción. Nada más finalizar, todas las reuniones del grupo de discusión, las moderadoras y la observadora comentarán las percepciones del desarrollo de este, reflejándolas en el cuaderno de campo.
- 3ª fase IAP, “desarrollo del plan”. Se utilizará como método de recogida de datos la observación semiestructurada (Apéndice VIII), abierta y participante. La llevarán a cabo todas las personas del equipo de investigación.
- 4ª fase IAP, “reflexión, interpretación de los resultados y replanificación”. Se considera la planificación de otra reunión del grupo de discusión (Apéndice IX).

Además, de las técnicas anteriormente nombradas, la IP contará con un cuaderno de campo en dónde se reflejarán todos aquellos aspectos que se observaron en los diferentes métodos de recogida de información.

5.8. Plan de análisis.

Tras la recogida de datos de cada fase de la IAP, se llevará a cabo el proceso del análisis de datos, con el fin de que los datos de cada una de ellas nutran la siguiente fase del proceso de IAP.

Para ello todas las entrevistas realizadas y los grupos de discusión se transcribirán textualmente y limpiará (eliminando los datos de la entrevista y del grupo de discusión que permita identificar a la persona para anonimizarla), con el fin de manejar de forma más sencilla los datos. Para facilitar este proceso, y debido a la gran muestra, se utilizará el programa gratuito Express Scribe. Los datos de la observación semiestructurada también se anonimizarán.

A continuación, se seguirá el proceso propuesto por Rodríguez, Gil y García en 1994 ³⁸. Este consiste en 3 elementos: reducción de datos, disposición y transformación, obtención de resultados y verificación de conclusiones. El proceso no es lineal, sino que se realiza de forma cíclica ³⁹.

En el primer elemento se identificará las unidades de contenido, se categorizarán, codificarán, se sintetizarán y se agruparán. El segundo consistirá en la transformación y disposición de los datos de tal forma que ayuden a su mejor comprensión, a través de gráficos, diagramas o tablas. El siguiente elemento la obtención de resultados y verificación de conclusiones, se utilizarán metáforas y analogías³⁹. Una vez finalizado el proceso se expondrá, de forma colectiva, los resultados a los participantes, animándolos a que hagan sus propias interpretaciones y reflexiones que enriquezcan el proceso de análisis.

Para facilitar el proceso se va a utilizar el software Web QDA, debido a la cantidad de datos que se van a manejar. Además, durante este se utilizará los memos analíticos en dónde se registrarán las consideraciones oportunas del proceso de análisis.

5.9. Rigor metodológico.

Con el fin de asegurar la credibilidad del presente estudio, se han tenido en consideración los 4 criterios que describen Lincoln y Guba ⁴⁰ (citado en ³⁹ p.148):

- **Credibilidad:** Hace referencia a la semejanza de los resultados con respecto a la realidad ³⁹. En este estudio se asegura dicho criterio mediante el consenso de pares, exponiendo los resultados con la T.O y trabajadora social del centro, con las comprobaciones de los participantes en todas las fases del proceso y mediante la recogida de material de adecuación referencial, como puede ser las grabaciones de audio y el cuaderno de campo.
- **Transferibilidad:** Haciendo referencia a la posibilidad de transferir los resultados obtenidos en condiciones similares ³⁹. Dicho criterio se asegurará en el estudio, mediante la descripción detallada del contexto en el que se va a realizar el estudio y de las características de los participantes. También mediante la recogida de datos en todas las fases del proceso, con el cuaderno de campo, las entrevistas, los grupos de discusión y la observación.
- **Consistencia:** Refiriéndose a la posibilidad de replicar el estudio y obtener los mismos resultados ³⁹. Se va a asegurar a través del empleo de evaluadores externos, las tutoras del trabajo y mediante la descripción detallada del proceso del estudio, incluyendo las reflexiones del investigador, utilizando los memos analíticos y el cuaderno de campo.
- **Neutralidad:** Hace referencia a los sesgos de los resultados³⁹. Se va a asegurar dicho criterio mediante la auditoría de conformabilidad, comentado los resultados con un agente externo en este caso con las dos tutoras del trabajo, con los descriptores de bajo nivel de inferencia, mediante las transcripciones textuales de las entrevistas y mediante el ejercicio de reflexión, mostrando los resultados a los

participantes de forma que puedan hacer sus propias interpretaciones.

5.10. Aplicabilidad.

La aplicabilidad de este estudio radica en mostrar una nueva perspectiva sobre la influencia del orden del entorno físico domiciliario, en las personas con esquizofrenia, dándoles voz, haciéndoles partícipes en la investigación y estudiando el fenómeno mediante la acción organizada. Asimismo, a través de la metodología IAP, se pretende registrar la intervención, codiseñada con los participantes, realizada para mejorar la situación de orden de los domicilios de los sujetos. De forma que dicho registro pueda contribuir a la práctica de los profesionales en futuras intervenciones domiciliarias.

5.11. Limitaciones del estudio.

Se considera que la principal limitación del estudio es, la carga de privacidad y significado que tiene el ambiente domiciliario para las personas. Esto podría no favorecer el diálogo en las entrevistas, ya que hablar sobre la situación de orden o desorden de sus domicilios les podría resultar incómodo. Produciendo así pérdida de información relevante para la investigación.

Dicha limitación se podría compensar mediante la colaboración de la T.O del centro y la Trabajadora Social en el estudio, las cuales, ambas son profesionales que los participantes conocen y con las que hay establecida una relación terapéutica. Del mismo modo se pretende que con la IP, los participantes puedan adquirir mayor seguridad y confianza mediante la elaboración, previa a las entrevistas, del taller para la entrada al campo (Apéndice V).

Otra limitación a tener en cuenta es la posible pérdida de participantes en el proceso de investigación. Para solventar esta complicación se plantea incluir a nuevos participantes en el estudio, los cuales pasarían por todas las fases del estudio de investigación.

6. Plan de trabajo.

El presente proyecto de investigación se planea llevar a cabo en un periodo de 18 meses. Este podrá sufrir modificaciones dependiendo de cómo se codiseñe las diferentes fases del trabajo de campo con los participantes y con los colaboradores del estudio.

Distribuyendo la carga de trabajo (las fases indicadas en color azul las llevará a cabo la IP y las fases en color amarillo el equipo de investigación) y el tiempo tal y cómo se indica en el siguiente cronograma (Tabla III).

Tabla III: Cronograma. Tabla de elaboración propia.

Fases del proceso de investigación		Tiempo (meses)																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Fase preparatoria	Revisión bibliográfica																		
	Solicitud y permiso al comité de ética	*																	
	Información y permisos al recurso																		
Trabajo de campo y Fase analítica	Elaboración del taller																		
	Permisos de los participantes																		
	Fase 1 IAP y análisis																		
	Fase 2 IAP y análisis																		
	Fase 3 IAP y análisis																		
	Fase 4 IAP y análisis																		
	Conclusiones e informe final																		
Fase Informativa	Difusión de los resultados																		

*El cronograma puede sufrir modificaciones, dependiendo de cuanto tarde en concederse el permiso.

7. Aspectos éticos.

Para el diseño del proyecto de investigación se han tenido en cuenta los siguientes aspectos éticos:

- El diseño de la Hoja de Consentimiento Informado (Apéndice II), con el fin de asegurar la participación voluntaria. Y el diseño del documento de revocación (Apéndice X), tal y cómo se indica en el principio 26 de la Declaración de Helsinki y el artículo 6 y 15 de la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales ^{41,42}. Siendo informados previamente del diseño del proyecto de la investigación mediante el documento de información y compromiso de confidencialidad (Apéndice IV).
- La entrega de la solicitud de evaluación junto con una copia del proyecto de investigación a la Vicerrectoría de política científica, investigación y transferencia de la Universidade da Coruña (UDC) y al Comité de Ética de Investigación y Docencia de la UDC (CEID-UDC) ⁴³. Además de la entrega de la solicitud de evaluación al Comité Autónómico de Ética de la Investigación en Galicia (CAEIG) y el documento del compromiso ético del investigador colaborador (Apéndice XI). Para conseguir un informe favorable que permita el comienzo de la investigación. Tal y cómo se recoge en el principio 23 de la Declaración de Helsinki ⁴¹.
- Con el fin de asegurar la intimidad y confidencialidad de los datos personales de los participantes, se codificarán. La relación de los nombres de los participantes con los códigos estará registrada en una hoja custodiada por la IP. Tal y cómo se recoge en el principio 24 de la Declaración de Helsinki ⁴¹.
- El diseño de un plan de difusión de resultados (recogido en el apartado 9) , con el fin de asegurar el cumplimiento del principio 36 de la Declaración de Helsinki, en el que se especifica la obligación ética de la difusión de los resultados de las investigaciones ⁴¹.

- La intervención profesional desde T.O bajo las consideraciones éticas del Código de ética de la WFOT y el Código ético y Deontológico de la T.O ^{34,44}.

8. Plan de difusión de los resultados.

Con el fin de contribuir a la producción científica y de cumplir la responsabilidad ética de difundir los resultados de las investigaciones científicas, se elabora el siguiente plan de difusión de los resultados.

Se considera cómo publico diana del presente estudio a profesionales de Terapia Ocupacional que trabajen en el ámbito de salud mental y realicen su intervención en los domicilios de las personas. Además de todos aquellos profesionales que también ejercen su labor profesional en los domicilios de las personas con trastornos de salud mental. Profesionales cómo pueden ser: enfermeros/as, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, psiquiatras, entre otros.

Para llegar al anteriormente nombrado, “público diana” se va a llevar a cabo una política de difusión tanto en revistas, congresos o jornadas y en la comunidad.

8.1. Revistas nacionales.

- **Revista de Terapia Ocupacional Galicia (TOG)**, la elección de esta revista se hace aun sabiendo que no tiene factor de impacto, debido a que es una revista muy difundida y se encuentre disponible gratuita en internet.
- **Revista Española de Enfermería de Salud Mental**. La elección de esta revista no viene determinada por su factor de impacto, sino porque es muy difundida.
- **Azarbe, revista de trabajo social y bienestar**. Si bien esta revista no cuenta con factor de impacto, es gratuita y el acceso es online.
- **Revista Española de la Asociación de Neuropsiquiatría**. No tiene factor de impacto, pero es una revista muy difundida.

8.2. Revistas internacionales.

- **American Journal of Occupational Therapy.** Cuartil Q1, factor de impacto año 2018, SCImago Journal Rank (SJR): 0.67. Factor de impacto 2017, Journal Citation Reports (JCR): 2.49.
- **International Journal of Mental Health Nursing.** Cuartil Q1, factor de impacto año 2018 SJR: 0.78. Factor de impacto JCR año 2017: 2.03.
- **British Journal of Social Work.** Cuartil Q1, factor de impacto año 2018 SJR:1.24. Factor de impacto JCR año 2017: 1.75
- **American Journal of Psychiatry.** Cuartil Q1, factor de impacto año 2018 SJR: 5.81. Factor de impacto JCR año 2017: 13.39.
- **Schizophrenia bulletin.** Cuartil Q1, factor de impacto año 2018 SJR: 3.94. Factor de impacto JCR año 2017: 6.94.

8.3. Congresos.

- XXXVIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. 2021.
- VIII Jornadas Asociación Galega de Saúde Mental 2021.
- X Congreso Nacional de Trabajo Social 2021.
- XXXI Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional 2021.
- XIX Congreso Nacional de Psiquiatría 2021.

8.4. Comunidad.

Se llevará a cabo una política de difusión en la comunidad, ofreciendo charlas informativas sobre el estudio a diferentes asociaciones de salud mental destinadas a familiares, profesionales o usuarios.

9. Financiación de la investigación.

9.1. Recursos necesarios.

Con respecto a los recursos que se consideran necesarios para la realización del proyecto se han reflejado en la Tabla IV.

En lo referido a recursos humanos, se contará con la participación en el equipo de investigación: a la IP, a la T.O de centro y la trabajadora social.

En lo que se refiere a recursos materiales, se empleará un portátil y una impresora con los que ya cuenta la IP. Materiales fungibles, como puede ser: material de oficina, cuaderno de campo, tinta de impresora, entre otros. Además, será necesario una grabadora de audio.

Con respecto a los programas informáticos, se necesitará el programa Web QDA y el programa Express Scribe, con licencia gratuita.

Los recursos espaciales se contemplan los propios del recurso en el que se desarrollará el estudio de investigación. También se contemplan los recursos necesarios para transporte, dietas, alojamientos e inscripciones en los diferentes congresos.

El precio que se estima para la realización del estudio es de 3.278 €.

Tabla IV: Recursos necesarios. Tabla de elaboración propia.

	Recursos necesarios	Coste del recurso (IVA incluido)
Recursos humanos	IP T.O del centro Trabajadora social	-
Recursos materiales	Ordenador portátil Grabadora Impresora Material fungible	- 50 € - 100€
Programas informáticos	Web QDA Express Scribe	28 € -
Recursos espaciales	Infraestructura del recurso	-
Difusión de resultados	Inscripción a congresos Dietas Desplazamientos Alojamiento	2.000 € 200 € 400 € 500 €
	Coste total:	3.278 €

9.2. Posibles fuentes de financiación.

Con el fin de desarrollar el proyecto de estudio de investigación, se ha realizado una búsqueda de posibles fuentes de financiación, recogidas en la Tabla V.

Tabla V: Posibles fuentes de financiación. Elaboración propia.

	Organismo	Información	Motivo de solicitud
VIII Premio José Luis Muruzábal	Asociación pro enfermos mentales (APEM)	Privada	Experiencias innovadoras en el ámbito de salud mental
Bolsas de investigación	Diputación de A Coruña	Pública	Destinadas a titulados universitarios
16ª convocatoria Santander Ayuda	Santander Fundación	Privada	Destinada a colaborar con proyectos que contribuyan a mejorar la calidad de vida de colectivos vulnerables
Ayudas a la investigación de Ignacio H. de Larramendi	Fundación MAPFRE	Privada	El objetivo es el de facilitar proyectos de investigación en el área de promoción de la salud

10. Agradecimientos.

En primer lugar, agradecer a mis tutoras, Carmen y M^a Jesús. Gracias por aconsejarme, guiarme y acompañarme durante todo este proceso de creación. Y por compartir vuestra experiencia y tiempo, ha sido un placer trabajar con vosotras.

Gracias a mi familia, por estar ahí y por enseñarme todas las cosas que no se aprenden estudiando.

A mis amigos, en especial a mis compañeros de piso, por darme el soporte necesario en las situaciones de frustración y agotamiento.

A mis compañeros y amigos de clase, por hacer las horas o días en la facultad y en biblioteca mucho más amenas con nuestras bromas y conversaciones sin sentido. De todos vosotros he aprendido mucho.

11. Apéndices.

- Apéndice I: Estrategia de la búsqueda bibliográfica.
- Apéndice II: Consentimiento informado (castellano y gallego).
- Apéndice III: Autorización de la entrada al campo (castellano y gallego).
- Apéndice IV: Documento de información y compromiso de confidencialidad (castellano y gallego).
- Apéndice V: Taller para la entrada al campo.
- Apéndice VI: Guion de la entrevista.
- Apéndice VII: Guion grupo de discusión, fase 2.
- Apéndice VIII: Observación semiestructurada.
- Apéndice IX: Guion grupo de discusión, fase 4.
- Apéndice X: Documento de revocación del consentimiento (castellano y gallego).
- Apéndice XI: Solicitud de evaluación al CAEIG.
- Apéndice XII: Lista de abreviaturas, siglas y acrónimos utilizados.

Apéndice I: Estrategia de búsqueda bibliográfica.

Tabla VI: Estrategia de búsqueda bibliográfica en Pubmed. Tabla de elaboración propia.

Fecha: 16/02/2019
Base de datos: Pubmed
Términos empleados:
("Schizophrenia"[Mesh] OR Schizophreni*[TITLE]) AND (grubby OR dingy OR unclean* OR dirty OR chaos OR "Physical disorder" OR Messy) AND (settling OR quarters OR settlement OR address OR residenc* OR abode* OR domicil* OR Home*)
Filters:
Publication dates: 10 years
Languages: English, Spanish y Portuguese.
Resultados: 3

Tabla VII: Estrategia de búsqueda bibliográfica en Scopus. Tabla de elaboración propia.

Fecha: 16/03/2019
Base de datos: Scopus
Términos empleados:
(Schizophreni*) AND (grubby OR dingy OR unclean OR dirty OR chaos OR "Physicaldisorder" OR messy) AND (settling OR quarters OR settlement O R address OR residenc* OR abode* OR domicile* OR home*)
Filters:
Publication dates: 10 years
Languages: English, Spanish y Portuguese.
Document type: Article y Review
Resultados: 7

Tabla VIII: Estrategia de búsqueda bibliográfica en Web of Science. Tabla de elaboración propia.

Fecha: 17/03/2019
Base de datos: Web of Science
Términos empleados:
TS=((Schizophreni*) AND (grubby OR dingy OR unclean OR dirty OR chaos OR "Physical disorder" OR messy) AND (settling OR quarters OR settlement OR address OR residenc* OR abode OR docimile* OR home*))
Filters:
Publication dates: 10 years
Languages: English.
Resultados: 7

**Apéndice II: Consentimiento informado de los participantes y
participantes en situación de tutela legal (castellano y gallego).**

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Don/doña

_____,
mayor de edad, con DNI _____ y domicilio en _____.

DECLARO

Fui informado/a de las características del estudio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Leí la hoja de información que me entregaron	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pude realizar observaciones o preguntas y me fueron aclaradas las dudas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Comprendí las explicaciones que me facilitaron sobre en qué consiste mi participación en el estudio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Se cómo y a quien me tengo que dirigir para realizar preguntas sobre el estudio en el presente o en el futuro	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Soy conocedor/a de que cumplo los criterios de inclusión como participante y que si la situación cambiase a lo largo del estudio tengo que hacérselo saber al equipo de investigación	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Confirmando que mi participación es voluntaria	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Comprendo que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que repercuta negativamente en mi persona.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

CONSIENTO

Participar en el estudio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Que se utilicen los datos facilitados para la investigación	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Que se utilicen los datos facilitados en publicaciones científicas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Que se utilicen los datos facilitados en reuniones y congresos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Que se utilicen los datos facilitados para la docencia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Que se grave en audio para la obtención de los datos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Que se utilicen citas textuales de mis intervenciones, sin identificar, con fines docentes	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Que se utilicen citas textuales de mis intervenciones, sin identificar, en publicaciones	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

SOLICITO

Acceder a los resultados generales del estudio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Acceder a la información sobre mi derivada del estudio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Acceder a los artículos científicos una vez sean publicados	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
La destrucción de mis datos una vez finalizado el estudio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Incluir las siguientes restricciones al uso de mis datos:		

En prueba de conformidad, firmo el presente documento en lugar y fecha que se indica a continuación:

_____, _____ de _____ del ____ ____.

*Nombre y apellidos
del/la participante:*

*Nombre y apellidos de la
investigadora principal:*

Firma:

Firma:

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Don/dona

_____,
maior de idade, con DNI _____ e domicilio en _____.

DECLARO

Fun informado/a das características do estudo	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Lin a folia de información que me entregaron	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Puiden realizar observacións ou preguntas e fóronme aclaradas as dúbidas	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Comprendín as explicacións que se me facilitaron e en que consiste a miña participación no estudo	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sei como e a quen me dirixir para realizar preguntas sobre o estudo no presente ou no futuro	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Son coñecedor/a de que cumpro os criterios de inclusión como participante e que se isto cambiase ao longo do estudo débollo facer saber ao equipo de investigación	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Confirmo que a miña participación é voluntaria	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Comprendo que podo revogar o consentimento en calquera momento sen ter que dar explicacións e sen que repercuta negativamente na miña persoa	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

CONSINTO

Participar no estudo	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Que se utilicen os datos facilitados para a investigación	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Que se utilicen os datos facilitados en publicacións científicas	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Que se utilicen os datos facilitados en reunións e congresos	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Que se utilicen os datos facilitados para a docencia	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Que se grave en audio para a obtención dos datos	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Que se utilicen citas textuais das miñas intervencións, sen identificar, con fins de docencia	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Que se utilicen citas textuais das miñas intervencións, sen identificar, en publicacións	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Que se conserven os datos codificados ao finalizar o estudo para o seu uso en futuras investigacións sempre que garantan o tratamento dos datos conforme a este consentimento	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
---	--

SOLICITO

Acceder aos resultados xerais do estudo	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Acceder á información sobre min derivada do estudo	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Acceder aos artigos científicos unha vez fosen publicados	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Incluír as seguintes restricións ao uso dos meus datos:	

E en proba de conformidade, asino o presente documento no lugar e na data que se indican a continuación.

_____, _____ de _____ do ____ ____.

Nome e apelidos
do/da participante:

Nome e apelidos da investigadora
principal:

Sinatura:

Sinatura:

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, PARA
PARTICIPANTES EN SITUACIÓN DE TUTELA LEGAL**

Don/doña _____
_____,
mayor de edad, con DNI _____ y domicilio en
_____,
☐ padre, ☐ madre, ☐ tutor/a , ☐ representante de
_____,

DECLARO

Fui informado/a de las características del estudio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Leí la hoja de información que me entregaron	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Pude realizar observaciones o preguntas y me fueron aclaradas las dudas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Comprendí las explicaciones que me facilitaron sobre en qué consiste mi participación en el estudio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se cómo y a quien me tengo que dirigir para realizar preguntas sobre el estudio en el presente o en el futuro	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Soy conocedor/a de que cumpla los criterios de inclusión como participante y que si la situación cambiase a lo largo del estudio tengo que hacérselo saber al equipo de investigación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Confirmando que mi participación es voluntaria	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Comprendo que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que repercuta negativamente en mi persona.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

CONSIENTO

Participar en el estudio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Que se utilicen los datos facilitados para la investigación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Que se utilicen los datos facilitados en publicaciones científicas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Que se utilicen los datos facilitados en reuniones y congresos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Que se utilicen los datos facilitados para la docencia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Que se grave en audio para la obtención de los datos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Que se utilicen citas textuales de mis intervenciones, sin identificar, con fines docentes	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Que se utilicen citas textuales de mis intervenciones, sin identificar, en publicaciones	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

SOLICITO

Acceder a los resultados generales del estudio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Acceder a la información sobre mi derivada del estudio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Acceder a los artículos científicos una vez sean publicados	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
La destrucción de mis datos una vez finalizado el estudio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Incluir las siguientes restricciones al uso de mis datos:		

En prueba de conformidad, firmo el presente documento en lugar y fecha que se indica a continuación:

_____, _____ de _____ del ____ ____.

Nombre y apellidos
del/la participante:

Nombre y apellidos del
representante*:

Nombre y apellidos de
la investigadora
principal:

Firma:

Firma:

Firma:

*La persona sin capacidad para tomar por si misma la decisión de participar ha de ser informada con la mayor claridad posible, y el consentimiento de sus representantes han de tener en cuenta sus deseos y objeciones (Ley 14/2007, artículo 20).

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, PARA
PARTICIPANTES EN SITUACIÓN DE TUTELA LEGAL**

Don/dona

_____,
maior de idade, con DNI _____ e domicilio en _____,
_____, ☐ pai, ☐ nai, ☐ titor/a, ☐ representante de _____,

DECLARO

Fun informado/a das características do estudo	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Lin a folia de información que me entregaron	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Puiden realizar observacións ou preguntas e fóronme aclaradas as dúbidas	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Comprendín as explicacións que se me facilitaron e en que consiste a miña participación no estudo	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Sei como e a quen me dirixir para realizar preguntas sobre o estudo no presente ou no futuro	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Son coñecedor/a de que cumpro os criterios de inclusión como participante e que se isto cambiase ao longo do estudo débollo facer saber ao equipo de investigación	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Confirmo que a miña participación é voluntaria	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Comprendo que podo revogar o consentimento en calquera momento sen ter que dar explicacións e sen que repercuta negativamente na miña persoa	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

CONSINTO

Participar no estudo	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Que se utilicen os datos facilitados para a investigación	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Que se utilicen os datos facilitados en publicacións científicas	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Que se utilicen os datos facilitados en reunións e congresos	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Que se utilicen os datos facilitados para a docencia	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Que se grave en audio para a obtención dos datos	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Que se utilicen citas textuais das miñas intervencións, sen identificar, con fins de docencia	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Que se utilicen citas textuais das miñas intervencións, sen identificar, en publicacións	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Que se conserven os datos codificados ao finalizar o estudo para o seu uso en futuras investigacións sempre que garantan o tratamento dos datos conforme a este consentimento	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
---	--

SOLICITO

Acceder aos resultados xerais do estudo	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Acceder á información sobre min derivada do estudo	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Acceder aos artigos científicos unha vez fosen publicados	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Incluír as seguintes restricións ao uso dos meus datos:	

E en proba de conformidade, asino o presente documento no lugar e na data que se indican a continuación.

_____, _____ de _____ do ____ ____.

Nome e apelidos
do/da participante:

Nome e apelidos do
representante*:

Nome e apelidos da
investigadora
principal:

Sinatura:

Sinatura:

Sinatura:

*A persoa sen capacidade para tomar por si mesma a decisión de participar ha de ser informada coa maior claridade posible, e o consentimento dos seus representantes ha de ter en conta os seus desexos e obxeccións (Lei 14/2007, artigo 20).

Apéndice III: Autorización de la entrada al campo (Castellano y Gallego).

DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN DE LA ENTRADA AL CAMPO

Yo, Laura Cepa Combarros me dirijo a usted, D/Dña.
_____ como director/a del centro ---

con el fin de solicitar la autorización para llevar a cabo el estudio de investigación: “Percepción de las personas con esquizofrenia sobre la influencia del orden del entorno físico del domicilio: análisis desde Terapia Ocupacional.” en las instalaciones del centro. Y para la entrada al campo, contacto con los usuarios y personal. Dicho estudio surge del proyecto de investigación que forma parte de las metodologías de la asignatura “Trabajo de Fin de Grado”. El proyecto se realizó durante el curso 2018/2019 bajo la dirección de Dña. María del Carmen García Pinto y Dra. Dña. María Jesús Movilla Fernández ambas docentes de la Universidade da Coruña.

A continuación, le expongo más detalladamente en que consiste el estudio de investigación nombrado:

Su objetivo principal es el de: conocer cómo es la percepción de las personas con esquizofrenia sobre la influencia que les produce el orden en su entorno domiciliario, con el fin de codiseñar, implementar y evaluar una intervención de T.O de mejora del orden físico de los domicilios de las personas con esquizofrenia. Se empleará una metodología cualitativa, desde el método de investigación IAP (investigación acción-participativa). Para el desarrollo del estudio se empleará: entrevistas semiestructuradas, observación, grupos de discusión y el cuaderno de campo.

Muchas gracias por su colaboración. Un cordial saludo.

Firma de la dirección del centro:

Firma de la IP:

Fdo:

Fdo:

Fecha:

Fecha:

DOCUMENTO PARA A AUTORIZACIÓN DA ENTRADA AO CAMPO

Eu, Laura Cepa Combarros diríxome a vostede, D / Dona. _____ como director/a do centro --- para solicitar autorización para realizar o estudo de investigación: "Percepción das persoas con esquizofrenia sobre a influencia da orde do ambiente físico do fogar: análise dende Terapia Ocupacional.", nas instalacións do centro. E para a entrada no campo, contacto cos usuarios e persoal. Este estudo xorde do proxecto de investigación que forma parte das metodoloxías da materia "Traballo final de grao". O proxecto levouse a cabo durante o curso académico 2018-2019 baixo a dirección de D^a. María del Carmen García Pinto e Dra. D^a. María Jesús Movilla Fernández, ambas profesoras da Universidade da Coruña.

A continuación, se explica máis detalladamente en que consiste o estudo de investigación:

O seu obxectivo principal é: coñecer como é a percepción de persoas con esquizofrenia sobre a influencia da orde no seu ámbito doméstico, para deseñar, desenvolver e avaliar unha intervención de TO para mellorar a orde física dos fogares das persoas con esquizofrenia. Utilizarase unha metodoloxía cualitativa a partir do método de investigación do IAP (investigación acción-participativa). Para o desenvolvemento do estudo utilizaranse: entrevistas semiestruturadas, observación, grupos de discusión e o caderno de campo.

Moitas grazas pola súa colaboración.

Un cordial saúdo

Sinatura da dirección do centro:

Sinatura da IP:

Sinatura:

Sinatura:

Data:

Data:

Apéndice IV: Documento de información y compromiso de confidencialidad (Castellano y Gallego):

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y COMPROMISO DE
CONFIDENCIALIDAD**

El objetivo de este documento es informarle sobre las características del estudio del que está invitado a participar.

Es importante que lea detenidamente el documento, del que se le entregará una copia, y que aclare todas las dudas con el equipo de investigación, el que está a su total disposición. Puedes contactar con él personalmente, por teléfono o por correo electrónico, mediante los datos de contacto que se le facilitan al final del primer apartado.

1. Información sobre el estudio:

El estudio para el que le pedimos su participación tiene como título: “Percepción de las personas con esquizofrenia sobre la influencia del orden del entorno físico del domicilio: análisis desde Terapia Ocupacional.” este ha recibido el informe favorable del Comité de Ética de Investigación y Docencia de la Universidad de la Coruña.

La información básica que debe de conocer es la siguiente:

- **¿Quién forma el equipo de investigación?**

Está conformado por la investigadora principal, Laura Cepa Combarros, por la terapeuta ocupacional y por la trabajadora social del centro---

- **¿Cuál es el objetivo y la utilidad del estudio?**

El objetivo principal del estudio es el de conocer cómo influye el orden físico de los entornos de los domicilios en las personas con esquizofrenia.

La utilidad del estudio es la de ofrecer una nueva perspectiva sobre la influencia de los entornos, para así mejorar la intervención desde T.O en los domicilios.

- **¿Por qué me ofrecen participar?**

Se solicita su participación debido a que es usuaria/o del centro-- en el que se va a llevar a cabo el estudio.

Por favor, revise que cumple los siguientes criterios necesarios para poder participar en el estudio.

Presenta un diagnóstico de esquizofrenia.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tener una edad de entre 18 y 65 años.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
No tener previsto el alta inmediata del recurso.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

- **¿En qué consiste mi participación?**

El estudio se realizará en el centro --- y en su domicilio.

Su participación consistirá en la realización de una entrevista semiestructurada inicial, participación en un grupo de discusión, implementación de una intervención codiseñada con usted y la realización de una entrevista semiestructurada final.

- **¿Qué tipo de información se va a recoger?**

Los datos serán: registro de todo el proceso, datos relacionados sobre la situación de orden de su domicilio, su satisfacción con esa situación y cómo y en que le influye.

Es de añadir que se realizarán grabaciones de audio de las entrevistas y grupos de discusión. Este material se transcribirá, anonimizará y se destruirá. En caso de no acceder a la grabación de audio, podrá indicarlo en el apartado de “compromiso de confidencialidad”.

- **¿Existe la posibilidad de tener algún riesgo o molestia?**

Su participación en este estudio no supone ningún riesgo ni molestia para su persona, más allá del tiempo que suponga participar en el estudio.

- **¿Recibiré algún beneficio por mi participación?**

Con el proceso del estudio se pretende que los participantes aumenten su satisfacción con respecto al orden de sus domicilios.

- **¿Y si no quiero participar?**

Su decisión de no participar no afectará de ninguna forma a la relación existente con el centro--- ni con los profesionales del nombrado centro.

- **¿Y si quiero retirarme del estudio?**

Cuenta con total derecho de retirarse de la investigación en el momento que lo desee, sin dar explicaciones ni sufrir consecuencias. He de aclarar que para ello debe firmar el documento de revocación solicitándolo a cualquier miembro del equipo de investigación. En ese deberá indicar si desea que los datos obtenidos hasta la fecha sean eliminados. De no ser así, esos datos podrían ser utilizados por el equipo de investigación.

- **¿Qué se pretende hacer con los resultados?**

Los resultados se utilizarán con fines de investigación y publicación científica y divulgación.

Se podrán publicar en revistas de científicas (de acceso libre y restringido), comunicar en congresos y jornadas. Además, se pretende realizar charlas en más centros de salud mental.

En caso de interés por la persona solicitante se le ofrece la posibilidad de acceder a las publicaciones realizadas con los resultados del estudio.

- **¿Tengo derecho a acceder a la información de los resultados?**

Tiene derecho a acceder tanto a la información general de los resultados del estudio como a la información que le afecte directamente. Para ello solo tendrá que informar de su interés a cualquier miembro del equipo de investigación.

- **Aspectos económicos: financiamiento, remuneración y explotación:**

El estudio de investigación tiene pendiente solicitar diferentes fuentes de financiación.

Los participantes no recibirán ningún beneficio económico.

- **Datos de contacto de la investigadora principal para aclaraciones o consultas:**

Ud. puede contactar con..... En el teléfono.....o el correo electrónico.....

2. Compromiso de confidencialidad:

Se adoptaran las medidas oportunas para garantizar la completa confidencialidad de sus datos personales, tal y cómo se indica la LO 3/2018, DEL 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo del Consejo, del 27/04/2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de los datos personales y a la libre circulación de esos datos y por lo que se deroga la Directiva 95/46CE (Reglamento general de protección de datos).

Los datos necesarios para llevar a cabo este estudio serán recogidos y conservados mediante la codificación. Por lo que los datos serán tratados de manera que no se pueda atribuir a una persona participante sin que se use información adicional. En este estudio solamente el equipo investigador conocerá los códigos que permitirán saber su identidad.

El uso que se realice de los resultados del estudio será con fines de investigación, publicaciones y divulgación, respetando siempre la confidencialidad de los datos de carácter personal, de modo que las personas participantes no resultarán identificadas o puedan ser identificables.

Una vez finalizada la investigación los datos se destruirán.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN E COMPROMISO DE CONFIDENCIAL

O obxectivo deste documento é informarlle das características do estudo ao que estas convidado a participar.

É importante ler atentamente o documento, que se lle dará unha copia e poderá aclarar todas as dúbidas co equipo de investigación, que está á súa completa disposición. Podes contactar con el persoalmente, por teléfono ou por correo electrónico, utilizando a información de contacto proporcionada ao final da primeira sección.

1. Información sobre o estudo:

O estudo para o que pedimos a súa participación ten o título: "Percepción das persoas con esquizofrenia sobre a influencia da orde do ambiente físico do fogar: unha análise dende Terapia Ocupacional". Este estudio recibiu o informe favorable do Comité Ético Investigación e docencia da Universidade da Coruña.

A información básica que debes saber é a seguinte:

• Quen forma o equipo de investigación?

Está formado pola investigador principal, Laura Cepa Combarros, pola terapeuta ocupacional e pola traballador social do centro ---.

• Cal é o propósito e a utilidade do estudo?

O obxectivo principal do estudo é saber como a orde física dos ambientes domésticos inflúe nas persoas con esquizofrenia.

A utilidade do estudo é ofrecer unha nova perspectiva sobre a influencia dos ambientes para mellorar a intervención de T.O na casa.

• Por que me convidan a participar?

Solicítase a súa participación porque é un usuario do centro - no que se realizará o estudo.

Verifique que cumpre os seguintes criterios necesarios para poder participar no estudo.

- Presenta un diagnóstico de esquizofrenia. Si ☐ Non ☐
- Teña unha idade entre 18 e 65 anos. Si ☐ Non ☐
- Non planificar a descarga inmediata do recurso. Si ☐ Non ☐

• **En que consiste a miña participación?**

O estudo farase no centro --- e no seu domicilio.

A túa participación consistirá nunha entrevista inicial semiestructurada, participación nun grupo de discusión, implementación dunha intervención co-deseñada e a participación nunha última entrevista semiestructurada.

• **Que tipo de información será recollida?**

Os datos serán: o rexistro de todo o proceso, datos relacionados sobre a situación da orde da súa casa, a súa satisfacción con esa situación e como e en que o influencia a vostede.

Hai que engadir que se farán gravacións de son das entrevistas e grupos de discusión. Este material será transcrito, anonimizado e destruído. Se non acceda a realizar as gravación de son, pode indicalo na sección "Compromiso de confidencialidade".

• **Existe a posibilidade de ter algún risco ou desconforto?**

A túa participación neste estudo non supón ningún risco ou incomodidade para a súa persoa, máis aló do tempo implicado no estudo.

• **Recibirei algún beneficio para a miña participación?**

Co proceso do estudo se pretende aumentar a satisfacción dos participantes coa orde dos seus fogares.

• **E se non quero participar?**

A súa decisión de non participar non afectará de ningún xeito a relación existente co centro nin cos profesionais deste.

• **E se quero retirarme do estudo?**

Ten todo o dereito de retirarse da investigación no momento que desexe, sen dar explicacións nin sufrir consecuencias. Debo aclarar que ten que asinar o documento de revogación solicitándoo a calquera membro do equipo de investigación. Neste debe indicar se quere eliminar os datos obtidos ata a data. Se non, estes datos poderían ser utilizados polo equipo de investigación.

• **Que se quere facer cos resultados?**

Os resultados utilizaranse para fins de investigación e publicacións científica e de difusión.

Pódense publicar en revistas científicas (acceso aberto e restrinxido), comunicarse en conferencias e xornadas. Ademais, pretendese manter conversas en máis centros de saúde mental.

En caso de interese por parte do solicitante, ofrécese a posibilidade de acceder ás publicacións feitas cos resultados do estudo.

• **Teño dereito a acceder á información sobre os resultados?**

Ten dereito a acceder á información xeral dos resultados do estudo e á información que lle afecta directamente. Para iso só terá que informar do seu interese a calquera membro do equipo de investigación.

• **Aspectos económicos: financiamento, remuneración e explotación:**

O estudo ten pensando solicitar diferentes fontes de financiamento.

Os participantes non recibirán ningún beneficio económico.

• **Datos de contacto do investigador principal para aclaracións ou preguntas:**

Pode contactar con Laura Cepa Combarros no teléfono.....o no correo electrónico.....

2. Compromiso de confidencialidade:

As medidas apropiadas serán tomadas para garantir a confidencialidade completa dos seus datos persoais, como se indica na LO 3/2018, DE 5 de decembro, sobre a protección dos datos persoais e a garantía de dereitos

dixitais e no Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo do Consello, de 27/04/2016, sobre a protección das persoas físicas en relación co tratamento de datos persoais e a libre circulación destes datos e para a que se derroga a Directiva 95 / 46CE (Protección xeral da protección de datos).

Os datos necesarios para levar a cabo este estudo serán recollidos e conservados mediante a codificación. Polo tanto, os datos trataranse de xeito que non se poida atribuír a un participante sen que se utilice información adicional. Neste estudo só o equipo de investigación coñecerá os códigos que permitirán coñecer a súa identidade.

O uso dos resultados do estudo será para investigación, publicación e difusión, sempre respectando a confidencialidade dos datos persoais, para que os participantes non sexan identificados ou identificables.

Unha vez rematada a investigación, destruíranse os datos.

Apéndice V: Taller para la entrada al campo.

Tabla IX: Taller para la entrada al campo. Tabla de elaboración propia.

Taller, entrada al campo:		
Nombre		Mantenimiento del orden del centro.
Metodología		<p>En este taller se propone crear y llevar a cabo un plan para mantener ordenado el recurso en el que se encuentran.</p> <p>Para ello conjuntamente se identificarán cuáles son los espacios más problemáticos o que cuestan mantener más ordenados y cómo se puede solucionar. Con el fin de que luego se lleve a cabo el plan establecido, con supervisión de la investigadora. En 4 sesiones de 50 minutos, adaptándose a los horarios del recurso.</p> <p>Dependiendo del número de participantes en el taller se harán tantos grupos como sean necesarios.</p>
Objetivo		Contribuir activamente al mantenimiento y establecimiento del orden del centro.
Materiales		<p>Corcho.</p> <p>Chinchetas.</p> <p>Cartulina roja y verde.</p> <p>Bolis o rotuladores.</p>
Desarrollo de las sesiones	Sesión 1:	<p>- 15 minutos: Presentación de los participantes, la presentación de la investigadora principal y explicación de forma breve en qué va a consistir el taller y cómo se va a llevar a cabo.</p> <p>- 5 minutos: Exploración del centro y observación de las zonas más problemáticas con respecto al orden físico.</p> <p>- 10 minutos: Escribir individualmente en un trozo de cartulina roja aquella zona que han identificado como problemática. Después se pondrá en común clavando la cartulina en el corcho y se juntarán aquellas cartulinas que se refieran a una misma zona.</p> <p>- 5 minutos: Formar los grupos de trabajo, para ello cada participante se colocará delante de la zona en la que le gustaría trabajar. Después, negociará entre ellos para que los grupos sean lo más equitativos posibles.</p>

		<ul style="list-style-type: none">- 5 minutos: Escribir en el trozo de cartulina verde soluciones para mantener ordenada la zona en la que van a tener que trabajar. Al finalizar se colocará en el corcho cerca de la cartulina en la que se escribió el espacio desordenado.- 5 minutos: Recordarán en que grupo iban y se les explicará que el taller continuará el día consensuado por la dirección del centro.
	Sesión 2:	<ul style="list-style-type: none">- 5 minutos: Recordar lo realizado en la sesión anterior.- 15 minutos: Crear una lista de actividades que tienen que hacer, teniendo en cuenta las soluciones planteadas en la sesión anterior. Una vez creada la lista se repartirán las tareas entre los componentes del grupo.- 20 minutos: Puesta en marcha las tareas propuestas.- 5 minutos: Reunión de finalización de sesión en la que se pretende comentar cómo fue el trabajo que han realizado y cuánto tiempo consideran que necesitan para acabar sus tareas. Abriendo la posibilidad de acortar o aumentar las sesiones del taller propuesto.
	Sesión 3:	<ul style="list-style-type: none">- 5 minutos: situación y organización de los grupos.- 35 minutos: Continuación de la tarea seleccionada.- 5 minutos: Reunión final de sesión en la que se les preguntará cómo ha sido el trabajo de hoy y si necesitan o no más tiempo.
	Sesión 4:	<ul style="list-style-type: none">- 5 minutos: Situar al grupo y organización.- 15 minutos: Continuación con la tarea.- 10 minutos: Comentar los avances y como creen que ha sido el proceso.- 10 minutos: Informar del proyecto de investigación con un proceso similar a lo que han realizado en el taller, pero más extenso y en sus domicilios. Y se les explicará cuales son los requisitos para formar parte de él y cuál es el procedimiento para participar.

Apéndice VI: Guion de la entrevista.

Tabla X: Guion de la entrevista. Elaboración propia.

Registro entrevistas:	
Fecha	
Nombre entrevistador	
Código de la persona entrevistada	
Guion entrevista	
1ª Parte: Introducción	
Guion	Ejemplo
Presentación del entrevistador.	Hola, mi nombre es.... y soy....
Objetivo de la entrevista.	El objetivo de esta entrevista es conocer cómo es tu percepción sobre la influencia del orden de los entornos de tu domicilio.
Recordar que la entrevista va a ser grabada, si es que da consentimiento	Cómo te comentamos anteriormente la entrevista se va a grabar, para su posterior análisis y aclarar que luego será destruido
Dudas del entrevistado.	¿Tienes alguna duda o algo que te gustaría comentar antes de empezar?
2ª Parte: Desarrollo de la entrevista	
Guion	Ejemplo
Situación del orden en su vivienda.	¿Cómo describirías que es la situación de tu vivienda con respecto al orden de los objetos físicos?
Satisfacción con respecto a esa situación.	¿Cómo consideras que es tu satisfacción frente a esa situación?
Implicación con el mantenimiento del orden.	¿Cómo describirías tu implicación en el mantenimiento de la organización del hogar?
Determinar aspectos que influyen en el orden.	¿Qué aspectos crees que influyen en la situación de orden de tu vivienda?
Influencia en sus ocupaciones.	¿Cómo consideras que influye esa situación en el desarrollo de tus ocupaciones?
3ª Parte: Cierre	
Guion	Ejemplo
Últimos comentarios	¿Te gustaría añadir algo más?
Agradecer la participación.	Muchas gracias por tu colaboración.
Explicar siguiente paso.	El siguiente paso será que, en unos días, juntos comentemos el análisis que posteriormente voy a hacer de la entrevista.
Despedida	En caso de alguna se puede poner en contacto conmigo.

Apéndice VII: Guion grupo de discusión, fase 2.

Tabla XI: Guion de discusión, fase 2. Elaboración propia.

Guion de discusión, fase 2 (elaboración del plan de actuación)	
1ª Parte: Presentación	Agradecimiento por la asistencia.
	Recordar que se pretende con esta reunión del grupo, planificar.
	Explicar la dinámica.
	Respetar turnos de palabras.
	Recordar que al igual que en las entrevistas se va a grabar y anonimizar sus discursos.
	La sesión se prevé que no dure más de 50 minutos, en caso de necesitar más tiempo se volverá a hacer otra reunión.
	Preguntar si tienen alguna duda.
2ª Parte: Exposición de los resultados de las entrevistas.	Mediante la proyección de la presentación Power-Point elaborada por el grupo de investigación. Esta reflejará los resultados de forma resumida a través de figuras y gráficos.
3ª Parte: Elaboración del plan de actuación.	Lluvia de ideas inicial. Para ello se les entregará a los participantes una cartulina dónde deberán anotar ideas para mejorar la situación del orden de su domicilio. Luego se expondrá las cartulinas pegándolas en un corcho.
	Identificar las propuestas que se contemplen como más efectivas.
	Planificar: ¿Quién va a llevar a cabo esas propuestas?
	Planificar: ¿Es necesario algún recurso material?
	Planificar: ¿Dónde se van a llevar a cabo?
	Marcar y registrar objetivos individuales para cada participante, con la ayuda del equipo de investigación y del resto de participantes. Recomendable que los objetivos se formulen de forma que sean: específicos, medibles, alcanzables, realistas y que se establezca una temporalidad (SMART).
	Planificar: ¿Cada cuánto se van a evaluar los objetivos?

	Planificar: ¿Cómo se van a evaluar los objetivos?
4ª Parte: Despedida	Últimos comentarios.
	Muchas gracias por vuestra participación.
	Comentar cual será el siguiente paso, poner en marcha el plan establecido.

Apéndice VIII: Documento para el registro de la observación semiestructurada.

Tabla XII: Observación semiestructurada. Elaboración propia.

Observación semiestructurada:	
Nombre, investigadora:	
Fecha:	
Código del participante:	
Lugar de la sesión:	<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Recurso
Tiempo de la sesión:	
Objetivos trabajados:	
¿Cómo ha sido la implicación del participante?	
Otras observaciones:	
Comentarios adicionales:	

Apéndice IX: Guion grupo de discusión, fase 4.

Tabla XIII: Guion grupo de discusión, fase 4. Elaboración propia.

Guion de discusión, fase 4 (reflexión, interpretación de los resultados y replanificación)	
1ª Parte: Presentación	Agradecimiento por la asistencia.
	Recordar que se pretende con esta reunión del grupo.
	Respetar turnos de palabras.
	Recordar que al igual que en las entrevistas se va a grabar y anonimizar, sus discursos.
	La sesión se prevé que no dure más de 50 minutos, en caso de necesitar más tiempo se volverá a hacer otra reunión.
	Preguntar si tienen alguna duda.
2ª Parte: Exposición de los resultados de la observación semiestructurada.	Ronda de lectura individual de los objetivos marcados y autoevaluación.
	Mediante la proyección de la presentación Power-Point elaborada por el grupo de investigación. Esta reflejará los resultados de forma resumida a través de figuras y gráficos de la observación semiestructura de la Fase 3.
3ª Parte: Reflexión	Comentar los resultados, para ello se le pedirá a cada participante que comente que le ha parecido los resultados en general. Después las moderadoras destacarán algunas ideas principales, haciendo una síntesis de las intervenciones.
	Preguntas relacionadas con el proceso: ¿Cómo se han sentido durante este?, ¿Consideran que ha resultado un proceso sencillo?, si destacan algo que les haya sorprendido del proceso.
	Propuestas de mejora: para ello se le entregará a cada participante 2 tarjetas que cubrirán de forma individual respondiendo a la pregunta de, ¿qué mejorarían del proceso? Estas se expondrán de forma colectiva en el corcho y se comentarán.
4ª Parte: Replanificación.	Preguntar si consideran necesario volver a empezar el proceso añadiendo las mejoras. *

5ª Parte: Despedida.	Últimos comentarios.
	Muchas gracias por vuestra participación.
	Comentar cual será el siguiente paso.

*Si la respuesta es afirmativa se volvería a la Fase 1 de la IAP.

**Apéndice X: Documento de revocación del consentimiento
(castellano y gallego).**

DOCUMENTO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado el día
_____ para participar en el estudio titulado”

Percepción de las personas con esquizofrenia sobre la influencia del orden
del ambiente físico del hogar: análisis desde Terapia Ocupacional”

Consiento que los datos recogidos hasta este momento sean utilizados
conforme se explicó en el documento de información y consentimiento:

Si ☐ No ☐

Para que conste, firmo la presente revocación.

_____, _____ de _____ do 20____.

Nombre y apellidos del/de la
participante:

Nombre y apellidos de la
investigadora principal:

Firma:

Firma:

**DOCUMENTO PARA A REVOGACIÓN DO CONSENTIMENTO
INFORMADO**

Revogo o consentimento dado en _____ para
participar no estudo titulado "Percepción das persoas con esquizofrenia
sobre a influencia da orde do ambiente físico do fogar: unha análise dende
a Terapia Ocupacional"

Consinto que os datos recollidos ata o momento sexan utilizados como se
explica no documento de información e consentimento:

Si ☐ Non ☐

Para o rexistro, asino esta revogación.

_____, _____ de _____ do 20__ ..

Nome e apelidos del/da participante: Nome y apelidos da investigadora
principal:

Sinatura:

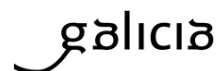
Sinatura:

Apéndice XI: Solicitud de evaluación al CAEIG.



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Secretaría Xeral Técnica

Secretaría Técnica
Comité de Ética da investigación con medicamentos de Galicia
Consellería de Sanidade
Edificio Administrativo San Lázaro
15703 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Teléfono: 881 546425



CARTA DE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN A LA RED DE COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE GALICIA

D/Dª:

Laura Cepa Combarros

con teléfono:

XXXXXXX

y correo electrónico:

XXXXXXX

SOLICITA la evaluación de:

- ☒ Estudio nuevo de investigación
☐ Respuesta a las aclaraciones solicitadas por el Comité
☐ Modificación o Ampliación a otros centros de un estudio ya aprobado por el Comité

DEL ESTUDIO:

Título:

Percepción de las personas con esquizofrenia sobre la influencia del orden del entorno físico

del domicilio: un análisis desde Terapia Ocupacional.

Promotor:

Universidade da Coruña

☒ MARCAR si el promotor es sin ánimo comercial y confirma que cumple los requisitos para la exención de tasas de la Comunidad Autónoma de Galicia (más información en la web de comités)

Tipo de estudio:

- ☐ Ensayo clínico con medicamentos
☐ Investigación clínica con producto sanitarios
☐ Estudio Posautorización con medicamento de seguimiento Prospectivo (EPA-SP)
☒ Otros estudios no catalogados en las categorías anteriores.

Investigadores y centros en Galicia:

Laura Cepa Combarros

XXXXXX

XXXXXX

Y adjunto envío la documentación en base a los requisitos que figuran en la web de la Red Gallega de CEIs, y me comprometo a tener disponibles para los participantes los documentos de consentimiento aprobados en gallego y castellano.

Fecha: X-X-2019

Firma:

Red de Comités de Ética de la Investigación
Secretaría Xeral. Consellería de Sanidade

COMPROMISO DEL INVESTIGADOR COLABORADOR

D. xxxxxxxx

Servicio: xxxxxx

Centro: xxxxxx

Hace constar:

- ✓ Que conoce el protocolo del estudio

Título: Percepción de las personas con esquizofrenia sobre la influencia del orden del entorno físico del domicilio: un análisis desde Terapia Ocupacional.

Código do promotor: xxxxxx

Versión: xxxxxxxx

Promotor: xxxxxxxx

- ✓ Que dicho estudio respeta las normas éticas aplicables a este tipo de estudios de investigación
- ✓ Que participará como investigador principal en el mismo
- ✓ Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo el estudio, sin que esto interfiera con la realización de otros estudios ni con otras tareas profesionales asignadas
- ✓ Que se compromete a cumplir el protocolo presentado por el promotor y aprobado por el comité en todos sus puntos, así como las sucesivas modificaciones autorizadas por este último
- ✓ Que respetará las normas éticas y legales aplicables, en particular la Declaración de Helsinki y el Convenio de Oviedo y seguirá las Normas de Buena Práctica en investigación en seres humanos en su realización
- ✓ Que notificará, en colaboración con el promotor, al comité que aprobó el estudio datos sobre el estado del mismo con una periodicidad mínima anual hasta su finalización
- ✓ Que los investigadores colaboradores necesarios son idóneos.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo. _____

Apéndice XII: Lista de abreviaturas, acrónimos y siglas utilizados.

Tabla XIV: Lista de abreviaturas, acrónimos y siglas utilizados. Elaboración propia.

Abreviatura, acrónimo o sigla	Significado
Dña.	Doña
Dra.	Doctora
T.O	Terapia Ocupacional
IAP	Investigación-acción participativa
OMS	Organización mundial de la salud
DSM-V	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
PIB	Producto Interior Bruto
WFOT	Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales
APETO	Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales
DD.HH	Derechos Humanos
AOTA	Asociación Americana de Terapia Ocupacional
IP	Investigadora Principal
A.D	Atención Domiciliaria
UDC	Universidade da Coruña
CEID-UDC	Comité de Ética de la Investigación y la Docencia de la UDC
CAEIG	Comité autonómico de ética de investigación en Galicia.
TOG	Revista de Terapia Ocupacional Galicia
SJR	SCImago Journal Rank
JCR	Journal Citation Reports
APEM	Asociación Pro Enfermos Mentales
SMART	Específicos, medibles, alcanzables, realistas y temporales.
Fdo.	Firmado